



TITLE:

<Teil II Zur Möglichkeit der Phänomenologie> Medizinische Pflege und religiöse Heilung in der klinischen Realität : Eine sozialphänomenologische Untersuchung zur Krankheitserfahrung

AUTHOR(S):

KAJITANI, Shinji

CITATION:

KAJITANI, Shinji. <Teil II Zur Möglichkeit der Phänomenologie> Medizinische Pflege und religiöse Heilung in der klinischen Realität : Eine sozialphänomenologische Untersuchung zur Krankheitserfahrung. Interdisziplinäre Phänomenologie 2005, 2: 87-102

ISSUE DATE:

2005

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/188121>

RIGHT:

© 2005, Lehrstuhl für "Philosophy of Human and Environmental Symbiosis" an der "Graduate School of Global Environmental Studies", Kyoto University published by the Chair of Philosophy of Human and Environmental Symbiosis, Kyoto University

Medizinische Pflege und religiöse Heilung in der klinischen Realität

– Eine sozialphänomenologische Untersuchung zur Krankheitserfahrung –

Shinji KAJITANI

Einführung

In vergleichenden Untersuchungen zu medizinischer Pflege und religiöser Heilung werden die gegenwärtigen Diskussionen meistens im weiteren Kontext der Kritik an der modernen Biomedizin geführt. In der Tat werden verschiedene Probleme der heutigen Medizin aufgeworfen: Sie konzentrierte ihre Aufmerksamkeit auf physische Bedingungen und setzte die geistigen beiseite; sie störe die Balance im ganzen Körper durch aggressive Behandlungen; oft werde sie selber zur Ursache der Krankheit (sogenannte „iatrogene Krankheit“); weder die harmonische Beziehung zu der Umgebung noch die alltägliche Gesundheitsfürsorge ziehe sie in Betracht.¹ Im Kontrast zu diesen Problemen werden die Vorteile der religiösen Heilung herausgehoben: Religion behandle nicht nur den Körper, sondern heile auch die kranke Person als ganze; man sagt, wahrhaft Gläubige seien in der Lage, krankheitsbedingtes Leiden oder die Furcht vor dem eigenen Tod gut zu überwinden; ferner wird manchmal behauptet, dass von Ärzten aufgegebene Patienten durch religiöse Heiler gerettet worden seien.²

Aber solche Vergleiche sind willkürlich und einseitig. Es ist nicht gerecht, die „schlimmsten“ Aspekte der heutigen Medizin mit den „besten“ Aspekten der religiösen Heilung zu vergleichen. Darüber hinaus ist es lächerlich, die *Realität* der medizinischen Praxis zu kritisieren, indem man sie mit *idealen* Fällen religiöser Heilung kontrastiert. Allerdings gibt es auch viele Untersuchungen, die sie auf derselben Ebene der Idee oder Theorie miteinander vergleichen: Man sagt, dass allerlei Probleme der modernen Medizin aus ihrer theoretischen – als „mechanistisch“ oder „reduktionistisch“ bezeichneten – Denkweise resultierten, die unsere Auffassung von Körper, Krankheit und Gesundheit dominiere. Aus diesem Grund wird der modernen Medizin Unmenschlichkeit vorgeworfen und dagegen die Humanität der religiösen Heilung hervorgehoben.

Solche Diskurse sind im Kontext der Kritik an moderner Naturwissenschaft weit verbreitet, aber Vergleiche dieser Art sind auch sehr fragwürdig. Die Vertreter beider

¹ Vgl. Makabe 1991, S. 230 – 233.

² Vgl. Hinohara 1997, Kapitel 1, 2 und 3.

Bereiche, Medizin und Religion, teilen eine implizite problematische Voraussetzung: „Die maßgeblichen Ideen in einer Gesellschaft oder in einer Zeit werden von den meisten betreffenden Menschen geteilt oder sind in der Gesellschaft zumindest weit verbreitet.“ Dann erklären sie die Welt, Natur, Körper, Krankheit und Gesundheit mit biomedizinischen Begriffen oder stellen diesen religiöse Gedanken gegenüber. Dabei werden verallgemeinerte Aussagen gemacht wie „Japaner sind“, „In Japan“, als ob sie von allen – oder zumindest den meisten – Menschen oder in der ganzen Gesellschaft gelten würden. Doch wie dieser Aufsatz argumentiert, sind solche Generalisierungen oft falsch. Die vergleichenden Untersuchungen auf der Ebene der Idee oder Theorie können ganz exakt und detailliert sein, doch es gibt keine Garantie dafür, dass die Ideen oder Theorien der Realität des menschlichen Lebens entsprechen. In der Tat sind unsere Auffassungen von Leben oder Denkweisen mehr oder weniger von den begrifflichen Systemen der Wissenschaft oder der Religion beeinflusst, doch auf so umfassende und unbestimmte Weise, dass sie sich einer solchen systematischen Strukturierung widersetzen.

Außerdem sind sowohl Medizin als auch Religion so vielseitig, dass es eigentlich schwierig ist, sie überhaupt miteinander direkt zu vergleichen. Zum Beispiel ist die Frage nicht einfach zu beantworten, was für Praxen zur sogenannten „Medizin“ gehören. Zumindest lässt sie sich nicht auf die direkten Behandlungen beschränken, die von Ärzten in Krankenhäusern durchgeführt werden. Die Sozialhygiene und Sozialhilfe werden großenteils als medizinische Themen diskutiert. Als ein Teil der Gesundheitspflege basieren die heutige Diätetik und Gymnastik auf medizinischen Kenntnissen.

Auch die Religion ist vielseitig. Sie umfasst ein weites Gebiet der Praxis: Von verschiedenen religiösen Riten wie Gebet, Predigt oder Messe, zeremoniellen Gelegenheiten wie Hochzeit oder Trauerfeier, bis zum Besuch von Tempeln, Wahrsagung, Talismanen usw. Im Ganzen betrachtet, kann man weder Medizin noch Religion einfach von ihren Theorien vertreten lassen. Allgemein gesprochen, kann man kaum sagen, dass Theorien das ganze System der Praxis eindeutig bestimmen würden. Die Rollen und Bedeutungen sowie die Problematik von medizinischer Pflege und religiöser Heilung lassen sich nur dann richtig diskutieren, wenn man die praktischen Aspekte im Zusammenhang mit unserem Alltagsleben genügend berücksichtigt.

Zu diesem Zweck steckt dieser Aufsatz erstens die gemeinsame Sphäre ab, die medizinische Pflege und religiöse Heilung teilen. Diese Sphäre ist der praktische Bereich, in dem gewöhnliche Menschen unter Krankheit leiden und auf Heilung hoffen. Und um diesen Bereich zu beschreiben, wird der von Arthur Kleinman – einem der wichtigsten Medizinanthropologen – geprägte Begriff „klinische Realität“ (clinical reality) eingeführt. Danach wird skizziert, wie vielseitig sowohl medizinische Pflege als auch religiöse Heilung sind und was für Bedeutungen und Funktionen sie jeweils in unserem Leben haben. Abschließend werden realistische Möglichkeiten für religiöse

Heilung im japanischen Gesundheitssystem erwogen.

1. Die Basis für den Vergleich – *die Klinische Realität*

In Gegenüberstellungen von medizinischer Pflege und religiöser Heilung wird oft vorrangig der theoretische Aspekt betrachtet. Dieser Ansatz dürfte im akademischen Bereich deswegen beliebt sein, weil man so eine ausführliche und exakte Diskussion über Charakteristiken und die geschichtliche Entwicklung von beiden begrifflichen Systemen führen kann. Aber wie in der Einführung erwähnt, gibt es eine implizite Voraussetzung, die den Vertretern beider Gebiete gemeinsam ist: „Die maßgeblichen Ideen in einer Gesellschaft oder in einer Zeit werden von den meisten betreffenden Menschen geteilt oder sind in der Gesellschaft zumindest weit verbreitet.“ Wie gültig ist diese Prämisse? Dabei muss man auf einen Unterschied achten: Es ist eine Sache, dass Ideen von Menschen geteilt werden, und es ist eine andere Sache, dass sie in der Gesellschaft verbreitet sind, denn es kann Fälle geben, wo Ideen in allerlei Systemen einer Gesellschaft weitverbreitete Anwendung finden, ohne von den meisten Leuten verstanden zu werden. Prüfen wir nun die obige Prämisse.

Man sagt, die gegenwärtigen Vorstellungen von Krankheit und Heilung in Japan seien, wie in vielen anderen Ländern, wesentlich von der modernen europäischen Medizin bestimmt. Dagegen stünden religiöse Ideen unter dem tiefen Einfluss von konventionellen bzw. einheimischen Religionen, also im japanischen Fall: Buddhismus und Shintoismus. Welche Auswirkungen haben aber diese zwei Gedankensysteme auf die Japaner und die japanische Gesellschaft?

Tatsächlich haben Naturwissenschaft und Technologie im allgemeinen, einschließlich der Medizin, enorme und mannigfaltige Einflüsse auf das menschliche Leben ausgeübt. Ihre Theorien sind als Strukturen der Natur interpretiert worden und haben zur Bildung der menschlichen Gesellschaften beigetragen. Jedoch ist es schwer zu sagen, wie sehr sie die von den in der jeweiligen Gesellschaft lebenden Menschen geteilte Weltanschauung bestimmen. Zumindest wäre es naiv, anzunehmen, dass die meisten gewöhnlichen Menschen eine naturwissenschaftliche Denkweise und Weltanschauung besäßen. Denn die Menschen, die Theorien aufstellen und neue Technologien erfinden oder entwickeln, gehören nicht zur Mehrheit der Gesellschaft. Selbst in Ländern, wo Naturwissenschaft und Technologie dominant sind, brauchen gewöhnliche Menschen die beiden nicht zu verstehen, und normalerweise verstehen sie in der Tat wenig davon. Wir können fernsehen, ohne zu wissen, wie der Fernseher funktioniert, und die naturwissenschaftliche Denkweise oder Weltanschauung hat nichts zu tun mit der Handlung des Fernsehens.

Freilich werden die Kenntnisse von Wissenschaft und Technologie durch Medien und Schulbildung verbreitet, aber ob die Leute sie gut lernen und verstehen können, ist

ein völlig anderes Problem. In der Tat ist der Erfolg von Massenerziehung normalerweise eher gering. Und es sind nur Experten und Intellektuelle, die sich richtige, mehr als oberflächliche Kenntnisse von Wissenschaft und Technologie aneignen. Was die Experten für Medizin betrifft, handelt es sich dabei um im Gesundheitsbereich beruflich Tätige, wie Ärzte und Krankenschwestern, oder um Wissenschaftler und Journalisten, die sich mit medizinischen Fragen beschäftigen. Im Bereich der Religion sind die Kenner auf religiöse Praktiker oder die mit diesen Themen vertrauten Forscher beschränkt. Jedenfalls gehören solche Experten zur Minderheit der Gesellschaft, und was nur für diese Minderheit gilt, sollte vernünftigerweise eigentlich nicht so verallgemeinert werden wie in der Form: „Japaner sind“ oder „In Japan“. Darüber hinaus ist es sowohl in der Medizin als auch in der Religion ganz normal, dass auch Experten in ihrem Leben nicht immer konsequent sind: Es wäre gut verständlich, wenn ein Naturwissenschaftler, der einerseits mit einer materialistischen Weltansicht lebt, andererseits trotzdem hoffen würde, dass die Seele seiner Eltern im Jenseits ein friedliches Leben führt. Außerdem wäre es nicht verwunderlich, wenn ein Priester, der uns auffordert, weltliches Verlangen aufzugeben, selber nach Geld, Ruhm oder Macht begierig wäre. Allgemein gesprochen, ist die Weltansicht oder das Verhalten einer Person nicht immer konsistent und mag daher etwas enthalten, was ein grundsätzlicher Widerspruch zu sein scheint. Im Prinzip ist es also falsch, anzunehmen, dass die in einer Gesellschaft gängigen Kenntnisse von Naturwissenschaft (Medizin) oder Religion von allen – zumindest den meisten – der dort lebenden Menschen geteilt würden.

Wie steht es mit der Prämisse, dass die in einer Gesellschaft oder in einer Zeit maßgebenden Ideen in der betreffenden Gesellschaft weit verbreitet seien? Diese ist ebenfalls ungültig, besonders im Bereich der Medizin und Religion. Anders als typische Naturwissenschaften wie Physik oder Chemie, kann die Medizin nicht auf ihre theoretischen Forschungen eingeschränkt werden, sondern ist direkt mit der praktischen Welt verbunden.³ Wie oben in der Einführung erwähnt, hat sie viele Aspekte und hängt mit verschiedenen Praxen wie Sozialhygiene, Diät und alltägliche Gesundheitsfürsorge usw. zusammen. Oft argumentiert man so, als ob medizinische Wissenschaft in der ganzen Gesellschaft verbreitet wäre und sie tyrannisch dominierte.⁴ Aber die Leute

³ Nach Nakagawa, hat die Medizin, wenngleich auf der Methode der modernen Naturwissenschaft basierend, auch nicht-naturwissenschaftliche Aspekte: Sie suche nach Kausalität und arbeite mit den Begriffen „normal“ – „abnormal“. In dieser Hinsicht ähnele die Medizin der Rechts- und Geschichtswissenschaft, den Ingenieurwissenschaften sowie der Agronomie mehr als den Naturwissenschaften (vgl. Nakagawa 1992, S. 2 – 5; 1996, S. 34 – 48). Illich weist darauf hin, dass die Medizin der Rechtswissenschaft und Religion gleiche, weil sie als die Autorität für ethisches Urteil über Gut und Böse, Normal und Abnormal, Adäquat und Inadäquat fungiere (vgl. Illich 1979, S. 41f.).

⁴ Vgl. Sato 1992, S. 123 – 134.

sind, auch wenn sie ganz gewöhnlich und naiv wären, nicht Marionetten, die einfach manipuliert werden könnten. Die theoretischen Fachkenntnisse können große Einflüsse auf die ganze Gesellschaft ausüben, jedoch sind die Praxen großenteils in volkstümlichen Denk- und Verhaltensweisen verwurzelt.⁵ Diese sind schwer explizit zu beschreiben und sind u. U. nicht „rational“ im Sinne der modernen Aufklärung, doch sie enthalten eine andere Art von Rationalität, die das Handeln und Verhalten der Menschen bestimmt. Dies lässt sich mit Arthur Kleinman als „popular rationality“ bezeichnen.⁶

Auf diesem Niveau, das mit dem volkstümlichen Leben eng verbunden ist, kommen die medizinischen Kenntnisse und Praxen dieser populären Rationalität nah und tragen vielmehr dazu bei, diese Rationalität zu verstärken und zu rechtfertigen.⁷ Solche Einflüsse der volkstümlichen Kultur sind nicht nur in den auf Gesundheit bezogenen Praxen und Bräuchen außerhalb von Krankenhäusern zu finden, sondern im Kern der Medizin selbst. Zur Medizin gehört wesentlich das Urteil über Krankheit und Gesundheit, aber die Kriterien dafür haben keine universale, von kulturellen Unterschieden unabhängige Gültigkeit. Dies lässt sich daran erkennen, dass das medizinische System, das Verhalten von Ärzten und Patienten gegenüber klinischen Behandlungen, die Kriterien für Diagnose etc. von Land zu Land verschieden sind, auch innerhalb von Europa, wo die moderne Biomedizin entstanden sind.⁸

Entsprechendes gilt in noch höherem Maße für den religiösen Bereich. Sowohl Buddhismus als auch Christentum haben sich je nach der Kultur, in die sie eingeführt wurden, modifiziert und sind mehr oder weniger mit dem dort einheimischen Glauben und Brauchtum verschmolzen. Ein Gedankensystem kann in einer Gesellschaft nur dann Wurzeln schlagen, wenn es sich der dort einheimischen volkstümlichen Kultur annähert und mit ihr effektiv vermengt. Es kann mehr oder weniger auf die populäre Rationalität einwirken, aber diese niemals vollkommen dominieren oder verändern. Wie Kleinman sagt, umfasst diese populäre Rationalität sowohl traditionelle als auch moderne Ideen, die eigentlich – zumindest theoretisch – miteinander unvereinbar sind.

⁵ Onuki analysiert die Handlung und Verhalten der Japaner in Krankheit aus verschiedenen Perspektiven (vgl. Onuki 2000).

⁶ Vgl. Kleinman 1980, S. 110.

⁷ Nach Onuki ist das auf Hygiene bezogene Verhalten von Japanern – was sie schmutzig finden und wie sie darauf reagieren – von der traditionellen kulturspezifischen Vorstellung von „rein“ und „unrein“, die ganz anders als diejenige der Amerikaner ist, tief beeinflusst, obwohl diese Vorstellung sowohl in Japan als auch in den USA anscheinend rational mit wissenschaftlichen medizinischen Termini erklärt wird (vgl. Onuki 2000, S. 29 – 75).

⁸ Lynn Payer zeigt, wie unterschiedlich die medizinische Behandlung in verschiedenen Ländern wie Frankreich, Deutschland, England und den Vereinigten Staaten ist, indem sie die Einflüsse von kulturellen Faktoren auf die moderne Medizin in diesen Ländern vergleichend analysiert (vgl. Payer 1996).

Sie ist anders als offizielle Ideen bzw. Standardideen der jeweiligen Zeit und differenziert sich häufig je nach Lebensbedingungen der Individuen und Familien (Ausbildung, Herkunft, Klasse, Beruf etc). Von daher ist die populäre Rationalität so inkonsistent und mehrdeutig, dass sie implizit verschiedene Widersprüche umfasst. Jedoch bedeutet das auch, dass sie so flexibel und tolerant gegenüber Widersprüchen ist, dass sie eine gute Orientierungshilfe für das Verhalten und Urteil der Menschen darstellt.⁹ Ein solcher Bereich, wo sich die populäre Rationalität von gewöhnlichen Menschen und die professionelle Rationalität von Experten miteinander irgendwie vereinigen, ist die Basis für die Begriffe von Krankheit, Heilung und Gesundheit auf der Ebene des aktuellen praktischen Lebens. Und dieser Grundbereich, in dem medizinische Pflege und religiöse Heilung aufeinander wirken und vernünftig miteinander verglichen werden können, soll mit Kleinman als „clinical reality“ bezeichnet werden.¹⁰

Zur Auffassung dieser Realität muss man – statt Theorien oder Ideen – Folgendes in Betracht ziehen und analysieren: Kommunikation zwischen Heilenden (Ärzten oder religiösen Praktikern) und Patienten, insbesondere von dem Standpunkt der Patienten aus, d. h. was sie denken oder fühlen, wie sie sich verhalten, wenn sie unter einer Krankheit leiden und auf Heilung von ihr hoffen. Die Frage ist nicht, wie etwas *theoretisch* erklärbar ist, sondern was *tatsächlich* gesagt wird. Im Bereich der klinischen Realität entstehen die Konflikte zwischen unterschiedlichen medizinischen Systemen – wie moderner Biomedizin, traditioneller und anderer alternativer Medizin (chinesische Medizin, Kampo in Japan, Ayurveda, Homöopathie, Chiropraktikum, etc), Volksmedizin und religiöser Heilung – überwiegend unter Experten wie Ärzten und Heilern, aber nicht unter Patienten. Von ihrer Perspektive aus gesehen, sind diese vielfältigen medizinischen Systeme nur Alternativen für eine mögliche Heilung und haben je unterschiedliche Stellung und Bedeutung im Leben von Patienten.

Das nächste Kapitel betrachtet die Charakteristiken medizinischer Behandlung und religiöser Heilung in der klinischen Realität.

⁹ Vgl. Kleinman 1980, S. 95, 107, 109 und 265. Die Untersuchung zu dieser hintergründigen umfassenden Dimension vom menschlichen Verständnis gehört zur Tradition der Phänomenologie, wie „Horizont“ bei Husserl, „Welt als Bedeutsamkeit“ bei Heidegger und „Situation“ bei Hermann Schmitz. Besonders zum Begriff von Situation siehe Schmitz 1995, S. 65 – 79.

¹⁰ Inspiriert von A. Schutz, P. Berger und Th. Luckman definiert Kleinman diesen Terminus als eine Art von „social reality“, die gesellschaftliche Bedeutungen, Rollen, Institutionen und die Wechselwirkung von Menschen konstituiert und gleichzeitig davon konstituiert wird. Einzelne Menschen eignen sie sich als ein System von symbolischen Bedeutungen und Normen an, das Verhalten, Wahrnehmung der Welt, Kommunikation mit anderen etc lenkt (vgl. Kleinman 1980, S. 35f.). Und der Aspekt der sozialen Realität, der Krankheit und Gesundheit betrifft und insbesondere Verhalten und Normen in Bezug auf Krankheit, die Beziehungen von Menschen im klinischen Bereich sowie Handlungen mit dem Ziel der Heilung enthält, wird von Kleinman „clinical reality“ genannt (vgl. *ibid.*, S. 37).

2. Medizin und Religion in der klinischen Realität

a) Störung des Körpers und medizinische Behandlung

Eine der charakteristischen Vorstellungen von Krankheit in der modernen Biomedizin ist „Monokausalität“. Diese Idee, die geschichtlich – so sagt man – von dem deutschen Mediziner und Begründer der heutigen Bakteriologie Robert Koch stammt, kann man etwa so zusammenfassen: Eine bestimmte Krankheit hat eine bestimmte kausale Wirkungssubstanz, d. h. Krankheitserreger, und die Behandlung bedeutet Vernichtung oder Beseitigung dieser Substanz. Einerseits hat diese Vorstellung zur Entwicklung der Medizin beigetragen, andererseits aber scheint sie heute das Fundament für die folgende Kritik an der Medizin zu sein: Biomedizin neigt dazu, sich nur mit diesen Krankheitserregern zu beschäftigen und andere Faktoren – wie die Balance der ganzen Körperzustände, den Lebensstil oder die Umweltbedingungen des Patienten – wenig zu beachten.¹¹ Um diese Erreger anzugreifen, neigt die Behandlung dazu, aggressiv und damit eher schädlich als heilsam zu sein („iatrogene Krankheit“), und dabei wird die natürliche Heilungskraft des Körpers ignoriert. Gegen diese Tendenz der modernen Biomedizin betonen allerlei alternative Mediziner die natürliche Heilungskraft und propagieren eine „holistische Medizin“, die auf eine innere Balance des ganzen Körpers und eine harmonische Beziehung zur Umgebung zielt.¹²

Obwohl eine solche Kritik mehr oder weniger berechtigt ist, soll nun gefragt werden, ob diese Begriffe von Krankheit und Behandlung wirklich den Charakteristika der Medizin in Hinsicht auf Theorie und Praxis entsprechen. Man dürfte gelten lassen, dass moderne Medizin in ihrer Behandlung aggressiv ist, aber wenn wir den weiteren Umfang der Medizin, also öffentliche Hygiene, Schutzimpfung, Diätetik usw. berücksichtigen, ist es nicht unbedingt richtig zu sagen, dass die moderne Medizin die umweltlichen Faktoren und die Balance von Leben und Körper unterschätzt. In diesem vielseitig entfalteten System der Medizin, ist es im Sinne einer vernünftigen Rollenverteilung vielmehr unvermeidbar, dass sich die Ärzte in Krankenhäusern auf die Krankheitserreger im Körper und den Kampf gegen sie konzentrieren.

Aber wenn man sieht, wie Ärzte und Patienten miteinander kommunizieren, insbesondere wie Ärzte den Patienten deren Krankheit und Behandlung erklären, kann man die anderen Seiten der Medizin finden: Was natürliche Heilungskraft und umweltliche Faktoren angeht, ist es nicht entscheidend, ob solche Ausdrücke tatsächlich verwendet werden oder nicht. Falls ein Arzt einem Patienten z. B. sagt:

¹¹ Vgl. Sato 1992, S. 126 – 130.

¹² Vgl. Nomura 2000, S. 109; Ikeda 2000, S. 189.

„Wenn Sie Ruhe haben, wird es Ihnen bald besser gehen“ oder „Sie erholen sich bald, wenn Sie gut essen und schlafen“, scheint eine natürliche Heilung erwartet zu werden. Wenn ein Arzt sagt, „Machen Sie es sich warm!“ oder „Trinken Sie besser keinen Alkohol“, bedeutet es, dass der Arzt Umweltfaktoren in Betracht zieht.

Jedoch wird dies hauptsächlich dann der Fall sein, wenn der Patient den Rat und Hinweis des Arztes richtig versteht und akzeptiert. Kleinman weist darauf hin, gewöhnliche Leute in Taiwan hätten kein Verständnis von der natürlichen Heilung (Kleinman: „spontaneous remission“) und dächten, dass sich die Erholung von einer Krankheit immer aus der Behandlung ergibt.¹³ Dies kann natürlich von Kultur zu Kultur variieren,¹⁴ aber dasselbe scheint auch in Japan und vielen anderen Ländern der Fall zu sein. Und wenn ein Patient dem Rat des Arztes nicht folgt und sich einfach auf schnellwirkende Medikamente oder eine Impfung verlässt, glaubt er wahrscheinlich nicht an die natürliche Heilungskraft seines eigenen Körpers. In solchen Fällen ist es schwer vorstellbar, dass Patienten auf die innere Balance des Körpers und seine harmonische Beziehung zur Umgebung ernstlich achten. Außerdem scheint die monokausale Erklärung von Krankheit, mindestens zum Teil, ein Nebenprodukt der populären Rationalität zu sein. Denn es könnte für Patienten sehr verwirrend sein, wenn sie über viele unterschiedliche Ursachen für ihre Krankheit informiert würden und ihnen gesagt würde, wie sie sich mit diesen allen Ursachen befassen sollten. Vermutlich ist es zweckmäßiger und einfacher, jemanden mit einer Krankheit zu konfrontieren, wenn nur *eine* Ursache genannt wird. Man könnte also sagen, dass sich die moderne Biomedizin mit ihrem wissenschaftlichen Reduktionismus den Bedürfnissen der populären Rationalität anpasst.¹⁵

Wie weit dies verallgemeinert werden kann, ist schwer abzuschätzen. Aber jedenfalls ist es nicht sehr wahrscheinlich, dass Ärzte ihren Patienten bei der Behandlung das theoretische System der Medizin oder Details über die Krankheit und ihren Heilungsmechanismus erklären. Für Ärzte ist es zweckmäßiger, die Ursache der Störung und die Methode der Behandlung richtig darzustellen. Manchmal kann es –

¹³ Vgl. Kleinman, *ibid.*, S. 329, 333.

¹⁴ In den Ländern, wo moderne Biomedizin dominant ist, gibt es beträchtliche Unterschiede in der allgemeinen Tendenz der Behandlung. In der Vereinigten Staaten neigt die medizinische Behandlung einschließlich der Operation dazu, aggressiv und exzessiv zu sein (vgl. Payer, 1996, S. 124 – 139), während in Großbritannien viel weniger Eingriffe üblich sind und als wünschenswert gelten (vgl. *ibid.*, S. 101 – 107). In Frankreich und Deutschland wird die Stärkung der körperlichen Konstitution (frz. *terrain*) oder der natürlichen Heilungskraft wichtiger genommen als Angriffe gegen Krankheitserreger (vgl. *ibid.*, S. 61 – 73, 92 – 100).

¹⁵ Nakagawa erwähnt als allgemeinen Vorteil der monokausalen Erklärung: Sie sei in Hinblick auf die „Denkökonomie“ effektiver als die multikausalen Erklärungen, so dass sie eine konkrete Orientierung für das jeweilige Handeln biete und es erlaube, die Verantwortung für die Krankheit auf einfache Weise zuzuschreiben (vgl. Nakagawa 1996, S. 45).

zumindest in Japan – passieren, dass ein Arzt bloß den Namen der Krankheit nennt und einfach sagt, „Nehmen Sie dieses Medikament. Dann wird es Ihnen besser gehen.“ In solchen Fällen ist es nicht wichtig, was die Ursache der Krankheit ist oder mit welchem Mechanismus die betreffende Behandlung funktioniert. Die physiologischen Prozesse, die sich durch eine Krankheit und deren Behandlung im Körper ereignen, werden den Patienten in Krankenhäusern, also in der klinischen Realität kaum ausführlich erklärt. Nicht nur Patienten, sondern auch die Ärzte brauchen nicht immer exakte und detaillierte Kenntnisse.¹⁶

Stattdessen sind hier für Ärzte und Patienten am wichtigsten: die Korrektheit der Diagnose, die Effektivität der Behandlung (einschließlich der Nebeneffekte) und der Enderfolg, also die Heilung von den körperlichen Störungen oder die Erleichterung im Hinblick auf die Symptome. Folgende objektive Aspekte sind wesentlich für die medizinische Behandlung: die Diagnose als objektives Urteil über ätiologische Kausalität, und die Heilung als objektive Reduktion der Symptome. Subjektive Fragen – wie sich Patienten oder ihre Familie fühlen, wie sehr sie leiden, wie sie ihre Situation akzeptieren usw. – sind im Prinzip nebensächlich. Natürlich ist Individualität wichtig: die Identität der Patienten, ihre Krankengeschichte und die Daten aus ihren physischen Untersuchungen sind unentbehrlich für die medizinische Behandlung, aber die Subjektivität des vom jeweiligen Patienten erfahrenen Leids wird in der Tat oft ignoriert. Es wird also nicht ohne Grund gesagt, dass die moderne Medizin gegen die Gefühle der Patienten gleichgültig oder unempfindlich ist.

Aber dies ist keine Konsequenz, die aus den medizinischen Theorien notwendigerweise folgen würde. Viele Ärzte nehmen die Leiden der Patienten ernst und treffen alle möglichen Maßnahmen, um sie zu beseitigen. Und in Hospizen scheint es der Fall zu sein, dass die Linderung von subjektiven Leiden wichtiger als die objektiven Krankheitszustände oder die Effekte der physischen Behandlung ist. Das ist jedoch eher eine Frage der Moral der ärztlichen Behandlung und der Krankenpflege. In

¹⁶ Oft wird gesagt, dass in der modernen Biomedizin die Erklärung der Ärzte für Patienten schwierig zu verstehen sei, während in der volkstümlichen und traditionellen Medizin Heiler und Patienten die Erklärungsrahmen teilten (vgl. Onuki 2000, S. 152, 154; Muraoka 2000, S. 49). Wie sehr ein Patient mit medizinischen Erkenntnissen vertraut ist, hängt aber in der klinischen Realität von seiner Ausbildung und seinen Lebensumständen ab, heutzutage verstehen viele Leute die Sprache der modernen Medizin. So scheint es keinen Grund dafür zu geben anzunehmen, dass Patienten wirklich mit den Heilern der volkstümlichen oder traditionellen Medizin besser kommunizieren können als mit den Ärzten der modernen Medizin. Darüber hinaus ist es implausibel, dass gewöhnliche Leute in Japan auch ein gewisses grundlegendes Verständnis der traditionellen Kampô-Medizin haben. Nach Kleinman glauben nicht nur die Ärzte der europäischen Medizin, sondern auch die Heilpraktiker der chinesischen Medizin, dass ihre Patienten nur wenig von Medizin wissen. Wenn die Patienten nicht fragen, erklären die Praktiker die Krankheit kaum und geben einfach Rezepte (vgl. Kleinman 1980, S. 261f.). Außerdem weist Kleinman darauf hin, dass 90 Prozent der gewöhnlichen Menschen in Taiwan nicht richtig über die medizinische Bedeutung des *Ch'i* – eines grundsätzlichen Begriffs der chinesischen Medizin – informiert sind (vgl. *ibid.*, S. 96, 265).

dieser Sicht dürften sich die traditionellen und alternativen Medizinsysteme – insofern sie auf die Heilung des menschlichen Körpers zielen – nicht von der modernen Biomedizin unterscheiden.

b) Leiden der Person und religiöse Heilung

Als die generell anerkannten Charakteristika der religiösen Heilung lassen sich die folgenden zwei Punkte angeben: Erstens ist die zu behandelnde „Krankheit“ nicht auf eine Störung im Körper einer Person beschränkt, sondern kann verschiedene Unheile, Unglücksfälle oder Misereen im Leben des Patienten umfassen, in die oft auch seine Familie verstrickt ist. Zweitens gibt es die Idee, dass solche „Krankheiten“ durch bestimmte „übernatürliche Wesen“ hervorgebracht und auch beseitigt werden.¹⁷ Diese übernatürlichen Wesen sind normalerweise in Gestalt eines Gott, Dämons, Geistes, oder einer Person mit ungewöhnlicher Kraft, wie Magier oder Hexe, verkörpert. Sonst sind sie ein unpersonales oder abstraktes Prinzip wie Karma oder Schicksal. Diese Wesen sollen schädliche Einfüsse auf eine Person oder ihre Familie in Form von Krankheit oder anderem Unheil ausüben, was geschieht, gilt als Folge des Ärgers eines Gottes, des Grolls eines lebenden oder toten Menschen oder der Verletzung eines Tabus, als Strafe für eine falsche oder schlimme Tat in der Vergangenheit, einfach als übles Schicksal usw. Und zur Beseitigung dieser schädlichen Einfüsse und zur Heilung der Krankheit würden übernatürliche Kräfte durch Heiler benötigt.

Wenn man die Einflüsse der übernatürlichen Kräfte auf die Heilung betrachtet, findet man, dass die monokausale Erklärung der Krankheit und die Ignorierung der natürlichen Heilungskraft, die beide normalerweise als Hauptzüge der modernen Biomedizin angesehen werden, auch die religiöse Behandlung charakterisieren: Im Prinzip wird meistens nicht angenommen, dass eine komplizierte Kombination unterschiedlicher Faktoren zur Krankheit oder anderem Unheil geführt hätte.¹⁸ Auch wenn ganz verschiedene Unglücksfälle die Person oder ihre Familie betreffen, wird dafür meistens nur eine einzige Ursache wie der Ärger eines Gottes oder die Verletzung eines Tabus verantwortlich gemacht.¹⁹ In diesem Sinne mag die religiöse Behandlung

¹⁷ Unter religiösen Heilungen gibt es viele Fälle, in denen keine besondere ätiologische Erklärung vorbereitet ist und nur therapeutische Hinweise gegeben werden. Wenn z. B. Schamanen im Trancezustand ihre Vorschriften oder Hinweise geben, kann doch dabei keine rationale konkrete Erklärung erwartet werden (vgl. Weil 1998, S. 159). Auch spirituelle Heiler wie Edgar Cayce (USA) und Zé Arigo (Brasilien) behandelten ohne jede Erklärung bloß ihre Patienten oder gaben therapeutische Hinweise, ohne selber zu wissen, warum solche Heilmethoden effektiv sein konnten (cf. *ibid.*, S. 175 – 180).

¹⁸ Vgl. Weil 1998, p. 158.

¹⁹ Vgl. Namihira 1993, p. 210.

„reduktionistischer“ sein als die Biomedizin.

Die Erholung von der Krankheit scheint auch nicht auf der natürlichen Heilungskraft oder der Vitalität der körperlichen Konstitution des Patienten zu beruhen. Dafür soll vielmehr irgendein Eingriff notwendig sein, wie in Form einer spirituellen Behandlung durch religiöse Heiler (Gebet, Exorzismus, Heilungsriten, etc.) oder einer bestimmten Anstrengung seitens des Patienten.²⁰ Manche Forscher betrachten religiöse Heilung als natürliche Heilung,²¹ jedoch meinen sie damit nur, dass dabei keine medizinischen, materiellen Maßnahmen getroffen werden, die allein als menschlicher Eingriff gelten. Doch in der klinischen Realität stellt sich dies aus der Perspektive von Heilern und Patienten anders dar, denn bei ihnen gilt nur die spirituelle Kraft als die Ursache einer Besserung.²²

Aber dieser übernatürliche Aspekt der religiösen Heilung sollte m. E. nicht allzu sehr betont werden. Er scheint in der klinischen Realität eher sekundär zu sein. Was die Ideen und Termini, die in Heilungsriten verwendet werden, genau bedeuten, bleibt sowohl gewöhnlichen Menschen als auch Heilern oft unverständlich.²³ Und wie in der Medizin werden die Ursachen für Krankheit und Unheil, die Prozesse der Heilung und die Weltanschauung der betreffenden Religion jeweils nicht deutlich erklärt. Auf dieser Ebene betrachtet, ist die anscheinend selbstverständliche Gegenüberstellung der materialistischen medizinischen Behandlung und der spirituellen religiösen Heilung nicht sehr wesentlich. Sowohl von medizinischen Ärzten als auch von religiösen Heilern, die beide als Autoritäten auftreten, erwartet man, dass sie über spezielle, gewöhnlichen Menschen unzugängliche Kenntnisse und Techniken verfügen. In der klinischen Realität ist es schwer vorstellbar, dass Patienten zwischen unterschiedlichen Gedankensystemen hin und her pendeln und wegen der offensichtlichen Widersprüche völlig verwirrt sind. Wie oben gesagt, ist die populäre Rationalität so umfassend und unbestimmt, dass sie gegen Widersprüche tolerant ist.

Um den Kontrast zwischen medizinischer Behandlung und religiöser Heilung hervorzuheben, scheint der weitere Begriff von „Krankheit“, nämlich als Unheil im Leben, entscheidender. Wie im letzten Abschnitt diskutiert, ist die Krankheit in medizinischen Behandlungen – unabhängig davon, wie Patienten sie erleben – eine zu

²⁰ Vgl. Kleinman 1980, S. 329, 333; Weil 1998, S. 210.

²¹ Vgl. Hinohara 1997, S. 121f.; auch Kleinman scheint so zu denken, 1980, S. 329.

²² Viele Patienten erfahren gleichzeitig medizinische Behandlung und religiöse Heilung. In solchen Fällen zielt die religiöse Maßnahme, z. B. in Taiwan, darauf, die Seele der Kranken (meistens Kinder) zurückzurufen oder ihr Schicksal zu verbessern, und man glaubt, dass ohne diese Maßnahme keine medizinische Behandlung effektiv sein kann (vgl. Kleinman 1980, S. 88, 196, 227). Oder die Heilung soll erst mit der religiösen Maßnahme vollendet werden, wie es bei den Navaho der Fall ist (vgl. *ibid.*, S. 81).

²³ Vgl. Kleinman 1980, S. 226, 313f.

beseitigende Störung, bei der die objektiven Zustände und die Kausalität der betreffenden Krankheitsprozesse entscheidend sind. Aber Patienten sind nicht immer deswegen unglücklich, weil sie „krank“ sind. Obwohl das Kranksein als solches normalerweise als ein unangenehmer und unerwünschter Zustand empfunden wird, hängt es von den persönlichen subjektiven Umständen ab, wie die Patienten – oder ihre Familie – eine Krankheit empfinden, aufnehmen oder sich damit befassen. Krankheit bedeutet hier nicht eine Störung des Körpers, sondern ein Leiden der ganzen Person. Sie kann für den Leidenden eine Chance bedeuten, über sich selbst und sein eigenes Leben nachzudenken, oder sie kann eine Gelegenheit sein, bei der Probleme in zwischenmenschlichen Beziehungen ans Licht kommen und gelöst werden. Aber wenn sie ihre leidvolle Situation nicht akzeptieren können, kommen die Kranken nicht umhin zu fragen, „Warum muss *ich* so sehr leiden?“ Damit öffnet sich eine für religiöse Heilung charakteristische Dimension, die sich nicht auf medizinische Maßnahmen zurückführen lässt. Weil diese Dimension tief mit der Subjektivität der Leidenden verbunden ist, fragen diese auch, „Warum müssen *wir* so sehr leiden?“, wenn ihre Familie – oder andere ihnen nahestehende Personen – unter einem Unglück leiden. Hier wird die Heilung der ganzen Familie erwartet.

Solche Fragen können auch in der gegenwärtigen Welt gestellt werden, die von der modernen Biomedizin dominiert ist. Die endgültige Lösung für die Leidenden sind dabei nicht medizinische Eingriffe, sondern die Erklärung, welche Bedeutung Leiden und Unheil haben.²⁴ In der religiösen Heilung wird diese Bedeutung meistens als Ärger eines Gottes, als Groll eines lebenden oder toten Menschen, als Verletzung eines Tabus, als Strafe für eine falsche oder schlimme Tat in der Vergangenheit oder bloß als schlechtes Schicksal usw. gegeben. Dadurch wird das Unglück der Leidenden in den weiteren Kontext ihres ganzen Lebens gestellt.²⁵ Die Frage, ob die Krankheit oder Störung beseitigt wird oder nicht, ist daher letztlich nicht wesentlich für religiöse Heilung. Wenn die Leidenden eine Bedeutung ihres Unglücks finden und sich damit zufrieden geben, heißt es, dass sie eine Form von Heilung erfahren haben.²⁶ In dieser Sicht ist es gut verständlich, dass bei speziellen Typen von Krankheiten und Unheil – wie Geisteskrankheit, akute tödliche Krankheit, schwere chronische Störung sowie Serienunglück – die religiöse Heilung eine besondere Rolle spielt. In diesen Fällen wird es zu einer dringenden und ernsthaften Frage, eine Bedeutung dafür zu finden,

²⁴ Vgl. Herzlich und Pierret 1992, S. 156; Namihira 1993, S. 39.

²⁵ Vgl. Kleinman 1980, S. 235f., 239f.

²⁶ Besonders ist dies bei den neuen religiösen Sekten der Fall: Auch wenn die Krankheit oder das Unglück durch religiöse Maßnahmen nicht beseitigt wird, steht immer die „tröstliche“ Erklärung zur Verfügung: „Ohne Hilfe von unserem Guru (oder Gott) wäre Ihre Situation noch schlimmer geworden!“ Vgl. Inoue 1996, S. 188.

weil solche „Krankheiten“ besonders schwer zu behandeln sind und großes Leid verursachen.

Übernatürliche Erklärungen sind also für religiöse Heilung nicht wichtig, und ob sie als „Diagnose“ richtig sind oder nicht, ist noch unwichtiger. Der entscheidende Punkt ist, ob die Leidenden damit zufrieden sein können. Sonst ist das, was Heiler anbieten, bloß eine andere Art von objektiver Erklärung, die die Subjektivität der Erfahrung von Leidenden nicht berührt. Zwar ist es noch Religion, jedoch nicht mehr Heilung.

Schluss – Die Möglichkeit religiöser Heilung im gegenwärtigen Japan

Wie weit sich die Medizin auch entwickeln mag, wird man immer irgendwie krank werden, und daher bleibt stets die Möglichkeit, zu fragen: „Warum muss ich so leiden?“ Aber natürlich ist es nie garantiert, dass die Religion darauf eine geeignete, befriedigende Antwort geben kann. Einerseits gibt es die Subjektivität der Krankheitserfahrung, d. h. wie Patienten ihre Zustände empfinden und wieviel sie mit der gegebenen Antwort zufrieden sind, verändert sich von Person zu Person und von Fall zu Fall. Andererseits gibt es das Problem der Beziehung zwischen der Religion und den Durchschnittsmenschen in der Gesellschaft: Zum Beispiel scheint es kaum vorstellbar, dass das Christentum, das heute noch eine gewisse, wichtige Rolle im europäischen Medizinsystem spielt, auch in Japan zur Heilung der Kranken beitragen könnte, weil die meisten Japaner nicht mit der christlichen Lehre vertraut sind. Was den Buddhismus in Japan betrifft, beschäftigt er sich hauptsächlich mit Trauerfeiern, Grabverwaltung und periodischen Gedenkdiensten für die *Toten*. Deshalb ist es sehr fraglich, inwieweit er die verschiedenartigen Leiden der *Lebenden* heilen könnte. Von buddhistischen Priestern würden die meisten wohl nicht Ratschläge für ihre persönlichen Probleme erwarten, sondern sich dafür eher an jene Wahrsager oder Schamanen wenden, die normalerweise von religiösen Eliten als verdächtig gesehen werden. Außerdem kann der mangelnde Einfluss etablierter Religionen (wie des Buddhismus) auf die Menschen auch an der Tatsache abgelesen werden, dass neue religiöse Sekten seit langem aktiv sind. Deshalb ist es nicht realistisch zu denken, dass der japanische Buddhismus – obwohl er den Bedürfnissen der gewöhnlichen Menschen nicht entsprechen kann – diese dennoch zu heilen vermöchte, wenn sie auf dem Krankenbett oder Sterbebett liegen. Und allgemein gesprochen, ist es auch fraglich, inwiefern jemand wirklich geheilt werden kann, der in seinem ganzen Leben kaum ernstlich an Gott geglaubt noch sich in religiöse Praxen engagiert hat und – auf dem Kranken- oder Sterbebett liegend – Gott trotzdem um Rettung bittet.

In dieser Weise ist es nicht einfach, der Religion in Japan eine positive, praktische Rolle bei der Heilung zuzuschreiben. Eine realistischere Möglichkeit dafür

mag in der Familienbeziehung gefunden werden. Bei der Heirat in Japan wird die Anerkennung durch die eigene Familien und die Verwandten traditionell immer für viel wichtiger genommen als der Schwur vor Gott. Und der japanische Buddhismus ist eigentlich nicht buddhistisch, sondern vielmehr konfuzianisch, in dem Sinne, dass er auf der Ahnenverehrung, d. h. der Organisierung des Lebens in Diesseits und Jenseits durch die familiäre Generationenkette, basiert.²⁷ Auch nach der japanischen Medizinanthropologin Emiko Onuki spielt die Familie in Japan eine viel wichtigere Rolle in der medizinischen Fürsorge als in Europa: Zum Beispiel ist es ganz üblich, dass sich die Familienangehörigen – meistens Mutter oder Frau – an der Krankenpflege im Krankenhaus beteiligen. Sie begleiten oft ihre kranken Angehörigen zur Klinik und sind auch bei der Anamnese anwesend. Es ist auch nicht ungewöhnlich, dass sie über den Zustand des Patienten früher informiert werden als die Patienten selber und ferner eine zentrale Rolle bei der Entscheidung über Behandlungart oder würdevollen Tod spielen, wenn es um tödliche Krankheiten wie Krebs geht.²⁸ Aber da die Verbindung der japanischen Familie heute immer lockerer und schwächer wird, ist es schwer vorherzusehen, welche Rolle sie in der Heilung der Kranken auch zukünftig spielen kann. Doch die Familie ist dasjenige Beziehungsgeflecht, das am fundamentalsten in den meisten Gesellschaften ist und oft das engste Sozialnetzwerk in unserem ganzen Leben bildet. Deshalb sollte sie eine wichtige Rolle spielen können, wenn wir eine befriedigende Deutung für eigene qualvolle Erlebnisse wie schwere Krankheit oder Unheil brauchen, um diese dadurch in den weiteren Kontext des Lebens zu setzen. Das heißt nicht unbedingt, dass die Familie ihre kranken Angehörigen immer nur heilen würde. Sie kann oft kompliziertere und beschwerlichere Probleme hervorbringen als andere Beziehungen. Die Familie – oder die mit ihr vergleichbaren engen Beziehungen – sollte eines der zentralen Probleme auch für die religiöse Heilung sein.²⁹ Aber zu diesem Zweck müssten die klinische Realität und die sie umfassenden sozialen Bedingungen – auch unter Herausarbeitung kulturspezifischer Differenzen – noch in weiterem Umfang konkreter analysiert werden.

²⁷ Vgl. Kachi 1995, Kapitel 1.

²⁸ Vgl. Onuki 2000, S. 102f., 259 – 263, 284 – 290. Kleinman weist auf eine ähnliche Tendenz in Taiwan hin, wo die Priorität der Familie noch höher zu sein scheint als in Japan (vgl. Kleinman 1980, S. 200, 205f., 208).

²⁹ Die Wichtigkeit der Familie für Heilung ist nicht auf den Bereich der Religion zu beschränken. Wie in dem Buch von Arthur Kleinman *The Illness Narratives* dargestellt wird, in dem die Erfahrung und Heilung von schweren chronischen Krankheiten in den Vereinigten Staaten diskutiert wird, ist eine Krankheit nicht nur das Problem einzelner Patienten, sondern auch ihrer gesamten Familien. Und nach Kleinman ist die Frage, wie die Patienten in ihren Familien aufgewachsen sind und wie sie nun mit ihren Familien leben, ganz entscheidend für die Auslösung, Verschlechterung und Besserung chronischer Krankheiten (vgl. Kleinman 1988, Kapitel 2 – 7).

Bibliographie

Herzlich, Claude / Pierret, Janine

1992: *Byonin no Tanjo (Malades d'hier, malades d'aujourd'hui)*, übersetzt von Ogura Kosei, Tokyo: Fujiwara Shoten Verlag.

Hinohara, Shigeaki

1997: *Gendai no Shukyo (Religion in der Gegenwart)* Vol. 9, *Gendai Igaku to Shukyo (Moderne Medizin and Religion)*, Iwanami Shoten Verlag.

Ikeda, Mitsuho

2000: *Iyashi Ron no Bunka Kaibogaku (Anatomie einer Kulturtheorie der Heilung)*, in: *Bunka Gensho toshite no Iyashi (Heilung als kulturelles Phänomen)*, edited by Sato Junichi, Osaka: Medica Shuppan Verlag.

Illich, Ivan

1979: *Datsu Byoinka Shakai – Iryo no Genkai (Limits to Medicine)*, übersetzt von Kaneko Tsuguo, Tokyo: Shobunsha Verlag.

Inoue, Nobutaka

1996: *Shin Shukyo no Kaidoku (Entzifferung der neuen Religion)*, Tokyo: Chikuma Shobo Verlag (1. Auflage 1992).

Kachi, Nobuyuki

1995: *Chinmoku no Shukyo – Jukyo (Die schweigende Religion – der Konfuzianismus)*, Tokyo Chikuma Shobo Verlag (1. Auflage 1994).

Kleinman, Arthur

1980: *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, Berkley / Los Angeles / London: University of California Press.

1988: *The Illness Narratives. Suffering, Healing and the Human Condition*, New York: Basic Books.

Makabe, Goro

1991: *Wasure Sarareta Megami Hygieia (Hygieia, die vergessene Göttin)*, in: *Koza Ningen to Iryo wo Kangaeru (Nachdenken über Menschen und Medizin)* Vol. 2, *Shukyogaku to Iryo (Religionswissenschaft und Medizin)*, Tokyo: Kobundo Verlag.

Muraoka, Kiyoshi

2000: *Minkan Iryo no Anatomy (Anatomie für Volksmedizin)*, in: *Bunka Gensho toshite no Iyashi (Heilung als kulturelles Phänomen)*, edited by Sato Junichi, Osaka: Medica Shuppan Verlag.

Nakagawa, Yonezo

1992: *Koza Ningen to Iryo wo Kangaeru (Nachdenken über Menschen und Medizin)* Vol. 1, *Tetsugaku to Iryo (Philosophie und Medizin)*, hrsg. von Nakagawa

Yonezo, Tokyo: Kobundo Verlag.

1996: *Igaku no Fukakujitusei (Die Unsicherheit der Medizin)*, Tokyo: Nihon Hyoronsha Verlag.

Namihira, Emiko

1993: *Byoki to Chiryō no Bunkajinruigaku (Anthropologie von Krankheit und Heilung)*, Tokyo: Kaimeisha Verlag (1. Auflage 1984).

Nomura, Kazuo

2000: *Media Jikake no Minkan Iryo (Volksmedizin in Massenmedien)*, in: *Bunka Gensho toshite no Iyashi (Heilung als kulturelles Phänomen)*, hrsg. von Sato Junichi, Osaka: Medica Shuppan Verlag.

Onuki, Emiko

2000: *Nihonjin no Byokikan – Shochō Jinruigakuteki Kosatsu (Eine japanische Perspektive auf Krankheit – die symbol-anthropologische Forschung)*, Tokyo: Iwanami Shoten Verlag (1. Auflage 1985).

Sato, Junichi

1992: *Iryo Genron Kochiku no tameno Memo – Ideology of Modern Medicine (Eine Notiz über die Konstruktion einer Basistheorie der Medizin)*, in: *Kōza Ningen to Iryo wo Kangaeru (Nachdenken über Menschen und Medizin)* Vol. 1, *Tetsugaku to Iryo (Philosophie und Medizin)*, hrsg. von Nakagawa Yonezo, Tokyo: Kobundo Verlag.

Payer, Lynn

1996: *Medicine and Culture*, New York: Henry Holt and Company (1. edition 1988).

Schmitz, Hermann

1995: *Der unerschöpfliche Gegenstand. Grundzüge der Philosophie*, Bonn: Bouvier Verlag (1. Auflage 1990).

Weil, Andrew

1998: *Health and Healing*, Boston / New York: Houghton Mifflin Company (1. edition 1983).